

Personalienblatt

Anmeldeformular & Einverständniserklärung

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Geschlecht: _____ Nationalität: _____ Zivilstand: _____

weiblich männlich

Strasse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon Privat: _____ Telefon Mobile: _____

E-Mail: _____ Berichtszustellung verschlüsselt per
Mail: **Ja** **Nein**

Beruf: _____ Arbeitgeber/in: _____ Telefon Geschäft: _____

Nächste/r Angehörige/r: _____ Telefon: _____

Zuweiser/in: _____ Hausarzt/ärztin: _____

Grundversicherung: _____ Zusatzversicherung: _____ AHV-Nummer: _____

Versicherungsstatus:

Allgemein HP P HMO Selbstzahler

Information & Einverständnis:

Die Rechnungsstellung der Praxis Cardiopark AG erfolgt elektronisch verschlüsselt via MediData direkt mit meiner Kankenkasse (Tiers payant). Meine Ärztin sowie ärztliche Stellvertreter*innen der Praxis haben einen Zugang zu meiner Krankengeschichte und sind ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern sowie medizinische Ergebnisse dem nachbehandelnden Arzt zukommen zu lassen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine medizinischen Daten der Untersuchung anonym gesammelt werden dürfen, um wissenschaftliche Auswertungen möglich zu machen: **Ja** **Nein**

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bei Kindern: Zusätzlich Name, Vorname & Unterschrift der Eltern oder des Vormunds.